

### *Литература*

1. Белановская, О. В. Психологическая диагностика в школе / О. В. Белановская, Н. И. Олифирович. – Минск: БГПУ, 2015. – 246 с.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ОНКОМАРКЁРА СА-125 ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЯИЧНИКОВ**

***Симак О.В., Щукевич П.Ю.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Савоневич Е.Л.*

**Актуальность.** Для выявления пациенток с новообразованиями яичников применяются методы диагностики с использованием онкомаркеров. Одним из них является опухольассоциированный антиген СА-125, активно секретируемый железистыми клетками эпителия яичников. Однако, в ряде случаев, он активно секретируется и клетками желудка, поджелудочной железы, печени, молочной железы клетками других органов [1].

**Цель.** Установить диагностическую информативность онкомаркёра СА-125 у пациенток с новообразованиями яичников.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 44 пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников и повышением уровня СА-125 в крови, которые в 2015-2016 гг. проходили стационарное лечение в онкогинекологическом отделении УЗ «ГОКБ». Возраст женщин составил от 20 до 59 лет. Всем пациенткам было проведено хирургическое вмешательство с последующим гистологическим исследованием удаленного материала. В предоперационном обследовании определяли уровень СА-125 в сыворотке крови.

**Результаты и обсуждение.** В зависимости от уровня повышения СА-125, выделено 4 группы пациенток. У 24 женщин (1-я группа) повышение уровня СА-125 до 80 Ед/мл. Им были проведены следующие оперативные вмешательства: экстирпация матки с придатками (ЭМП) - 8 человек, аднесэктомия (АЭ)-10, цистэктомия (ЦЭ) -6. В 4 случаях диагностированы эндометриоидные кисты, у 17 женщин - серозные кисты, у 2 - текомы и в одном случае - лютеиновая киста. Во 2-ю группу включены 9 женщин с уровнем СА-125 от 81 до 130 Ед/мл. Этим пациенткам были проведены: ЭМП - 2, АЭ - 5, ЦЭ - 2. В 2 случаях имели место эндометриоидные кисты, в 6 – серозные кисты яичников. У 1 женщины была лютеиновая киста. В 3-й группе у 7 женщин уровень СА-125 был от 131 до 180 Ед/мл. Объем хирургического лечения: АЭ - 4, ЦЭ- 3 случая. При гистологическом исследовании диагностированы серозные кисты у 3 пациенток, фолликулярные – у 4 женщин. Самым высоким уровнем СА-125 (от 181 до 278 Ед/мл) был у 4 женщин (4-я группа), двум из которых была выполнена ЭМП, ещё двум проведена ЦЭ. Диагностированы в 1 случае множественные фолликулярные кисты, в трёх случаях эндометриоидные кисты.

**Выводы.** Таким образом, повышение уровня СА-125 в крови при новообразованиях в яичниках может ассоциироваться с доброкачественными опухолями, что подтверждает необходимость интраоперационного гистологического исследования для определения объема хирургического вмешательства, особенно у молодых пациенток.

*Литература*

1. Бохман Я.В. Лекции по онкогинекологии. М., 2007. 167 с.

## **СТРУКТУРА ТРЕВОЖНОГО СИНДРОМА В РАМКАХ НЕВРОЗА**

*Синкявичюте Э.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – д.м.н., профессор Королёва Е.Г.*

**Актуальность** темы исследования вытекает из положения о том, что распространенность тревожных расстройств очень велика и достигает 30% популяции. Отмечается гиподиагностика тревожных расстройств, а соответственно их неадекватное лечение. Непродуктивная тревога дезорганизует деятельность, человек испытывает панику, преувеличивает имеющиеся опасности. Если преобладают телесные проявления тревоги, то это может восприниматься человеком (а нередко и врачом, к которому он обращается) как проявление соматического заболевания.

**Целью** данной работы явилось исследование связи структуры тревожного синдрома с видом и формой невроза.

**Материалы и методика исследования.** Объектом исследования были больные отделения неврозов 3-ей гор. клинической больницы в составе 24 человек. У каждого пациента собирался анамнез жизни и заболевания, они отвечали на вопросы составленной анкеты об особенностях тревожного синдрома, а также симптомов невроза. Кроме того, использовался Тест тревожности Спилберга и Ханина.

**Результаты** исследования свидетельствуют о том, что если тревога не снижается значительно или снижается лишь на непродолжительное время (поскольку защитные механизмы не направлены на активное преобразование и переработку конфликтов, проблем и ситуаций, и лишь на вытеснение их в бессознательное, «удаление» из сознания), то следствием этого может быть развитие невротического или психосоматического состояния.

**Выводы.**

Причины патологической тревоги можно разделить на три группы:

1. Причины средовые-психосоциальные;
2. Причины биологические (генетические, наследственные и биохимические);
3. Причины поведенческие и когнитивные (т.е. относящиеся к сфере мышления).